

Caso Clínico

Adenoma pleomorfo

Alfonso Notario Sánchez, Jeannet Dolores Sánchez Yépez, Pilar Belmonte Pombo, Juan Pedro Calvo Pascual.

Centro de Salud: María Ángeles López Gómez (Leganés – Madrid).

Niño de 12 años sin antecedentes personales de interés ni alergias medicamentosas conocidas que acude a Consulta de Pediatría de nuestro Centro de Salud por tumoración en zona parotídea derecha de 3 días de evolución, aparentemente no dolorosa a la palpación y sin otra sintomatología asociada, habiendo permanecido afebril en todo momento. Se realiza la exploración física donde se objetiva una tumoración de unos 2 x 2.5 cm, adherida a planos profundos y levemente dolorosa a la palpación, que protruye con la apertura bucal. A nivel submandibular derecho se objetiva conglomerado adenopático. AC: rítmico sin soplos. AP: MVC sin ruidos patológicos. Abdomen: RHA presentes, blando y depresible, no doloroso a la palpación, no masas ni megalias. Buen estado general. Ligera palidez cutánea.

Ante este hallazgo en la exploración física y por el rápido crecimiento de esta tumoración se decide realizar el mismo día de la consulta, una exploración ecográfica en Atención Primaria donde observamos una lesión sólida heterogénea de 2,6 cm diámetro, bien circunscrita que no capta Doppler, bajo articulación temporomandibular derecha y tejido de glándula parotídea. (Figura 1 – 3)



Figura 1. Masa sólida, heterogénea, bien circunscrita.

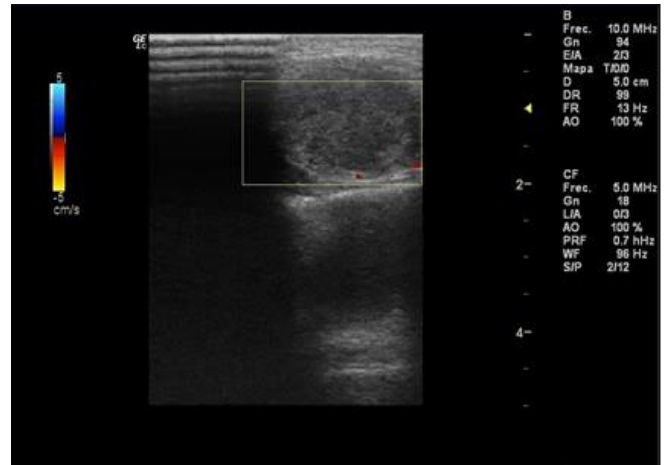


Figura 2. Masa sólida, heterogénea, no capta señal Eco-Doppler en su interior.

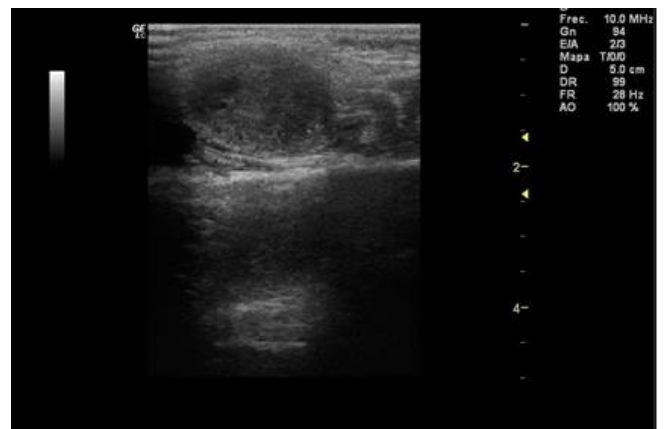


Figura 3. Masa sólida, no compresible, bajo tejido parotídeo.

Decidimos derivar al paciente al Servicio de urgencias ante la alta sospecha de un tumor de la Glándula Parotídea. En Urgencias se realiza otra ecografía siendo no concluyente con parotiditis, por lo que se repite a las 24 horas, objetivándose lóbulo en parotídea derecha sugerente de adenopatía necrótica/lesión sólida. Se inicia tratamiento con Amoxicilina- ácido clavulánico y se cita en Consultas de Enfermedades Infecciosas donde. Ante la persistencia de la tumoración, se realiza PAAF en el que se informa del hallazgo de células malignas, por lo que se deriva a la Consulta de Hemato-Oncología Pediátrica donde se realizan hemograma, coagulación y bioquímica general estando los resultados en rango de normalidad. La serología para citomegalovirus, Virus Epstein Bar, Virus Hepatitis B, Virus Hepatitis C, Virus parotiditis, Virus

rubeola, Virus Inmunodeficiencia Humana, negativos. Virus Sarampión y Varicela-Zoster: positivos.

Como parte del estudio diagnóstico y de extensión se realiza una resonancia magnética nuclear en la que se visualiza tumoración en el espacio parotídeo adyacente al músculo masetero derecho con aspecto de agresividad y sin adenopatías significativas, y PET-TAC en el que presenta tumoración parotídea derecha de bajo índice glucídico, adenopatías cervicales reactivas y lesión en región VI cervical que se confirma con ecografía como resto tímico.

Valorado por Cirugía Maxilofacial y se programa parotidectomía conservadora derecha siendo la Anatomía Patológica de la lesión compatible con Adenoma pleomorfo.

Seis meses después de la cirugía, se realiza nueva RMN de Parótida donde se objetivan cambios postquirúrgicos sin evidenciarse restos de tumoración ni captaciones anómalas de contraste. El paciente continúa sin tratamiento coadyuvante y con buen estado general

DISCUSIÓN:

REVISIÓN DE CONOCIMIENTOS ACTUALES:

Los tumores de las glándulas salivales, representan entre el 0,5 y 1 % del total de tumores. Si nos centramos en la región de cabeza y cuello, constituyen el 3 % de las neoplasias que afectan a dicha región en adultos, aumentando la frecuencia hasta un 8%, cuando nos centramos en la infancia.

El lugar más frecuente de aparición de tumoraciones en glándulas Salivales, es la Glándula Parótida, localizándose en ella el 80-85% de los tumores, siendo un 25% de estos tumores, de características malignas.

El Adenoma Pleomorfo es el tumor benigno mixto más frecuente que afecta a la glándula Parótida, asentando más frecuentemente en el lóbulo superficial de dicha glándula. El término pleomorfo hace referencia a los hallazgos que los Anatomopatólogos observan en dicho tumor, ya que se objetiva una variada diferenciación parenquimatosa y estromal con áreas fibrosas, hialinizadas, mixoides y de la stirpe ósea y cartilaginosa presentadas por las células de este tumor.

Aunque se trata de una neoplasia benigna, es frecuente que la cápsula que rodea al tumor esté incompleta lo que define otra característica de este tumor que es la tendencia a recurrir después de la cirugía, siendo en el caso de una Parotidectomía superficial, menor al 5%.

A pesar de tratarse de un tumor benigno, el Adenoma Pleomorfo, tiene potencial de transformación maligna, denominándose "Ex Adenoma Pleomorfo". La frecuencia de desarrollar malignidad es 1,7 veces mayor en adenoma pleomorfo con características atípicas en la Anatomía Patológica, aunque este tipo de transformación, suele ser característica de adultos alrededor de los 60 años y con determinados factores de riesgo como: radiación externa en región de cabeza y cuello (radioterapia)

Dentro de los factores de riesgo para desarrollar en la edad infantil un Adenoma Pleomorfo son: radiación exó-

gena en cabeza y cuello, infecciones virales por Virus Epstein Barr, Virus de Inmunodeficiencia Humana y Virus del Papiloma Humano.

CLÍNICA

La clínica de este tumor consiste en la aparición de una masa indolora en región de la Glándula Parótida, de crecimiento lento, firme al tacto y sin afectación del Nervio Facial orientándonos hacia el diagnóstico de benignidad del cuadro.

DIAGNÓSTICO

Se realiza con pruebas de imagen como Ecografía. Se trata de una prueba rápida y no cruenta de fácil realización ya que las glándulas salivales están en el plano superficial y, además podemos realizar Punción-Aspiración con Aguja fina ecoguiada. Siendo el diagnóstico definitivo por Anatomía Patológica

Con respecto al resto de pruebas de imagen para fijar el plan quirúrgico, tenemos la Resonancia Magnética (donde podremos objetivar si existe o no invasión local de hueso, tejido blando, perineuro y adenopatías) y la Tomografía Axial Computarizada para delimitar la extensión del tumor y la destrucción ósea circundante. Con la tomografía de Emisión de Positrones (PET-TAC) realizamos un rastreo tumoral diagnosticando, a la tumoración, de enfermedad localizada o "in situ".

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Como diagnóstico diferencial deberíamos tener presente el Quiste salival, litiasis parotídea, Adenopatías (infecciosa, inflamatoria o maligna), linfoma no Hodgkin y el neurofibroma

TRATAMIENTO

El tratamiento de la enfermedad es quirúrgico realizándose una Parotidectomía Subtotal en la mayoría de los casos.

CONCLUSIÓN Y APLICABILIDAD DE LA ECOGRAFÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Ante hallazgos ecográficos como los descritos en este caso, unidos a la clínica de rápido crecimiento y clínica acompañante, hay que derivar al paciente ante la alta sospecha de tumoración maligna, con celeridad, para la realización de estudios complementarios y tratamiento pertinente

La ecografía es una herramienta útil para el diagnóstico en Atención Primaria, que ofrece un conjunto de ventajas: mejora la calidad asistencial, completa el estudio clínico del paciente de inmediato y es aplicable tanto en las consultas de Atención Primaria, como en urgencias favoreciendo la eficiencia, al disminuir el número de derivaciones.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Rong, X., Zhu, Q., Ji, H., Li, J. and Huang, H. (2013). Differentiation of pleomorphic adenoma and Warthin's tumor of the parotid gland: ultrasonographic features. *Acta Radiológica*, 55(10), pp.1203-1209.
- 2- Wu, S., Liu, G., Chen, R. and Guan, Y. (2012). Role of ultrasound in the assessment of benignity and malignancy of parotid masses. *Dentomaxillofacial Radiology*, 41(2), pp.131-135.
- 3- Kuşcu, O., Kayahan, B., Önay, Ö. , Günaydın, R. and Akyol, M. (2016) Parotidectomy outcomes, diagnosis and complications on pediatric patients; Twelve years of experiences in a tertiary care center. *Turk J Pediatr*, 58(2).pp.132-135.
- 4- Shetty, A. and Geethamani, V. (2016). Role of fine-needle aspiration cytology in the diagnosis of major salivary gland tumors: A study with histological and clinical correlation. *Journal of Oral and Maxillofacial Pathology*, 20(2), p.224.
- 5- M.S. Fernández Córdoba, J. González Piñera, J.P. García De La Torre, O. Sánchez París, R Parrado Villodres, M. Lillo Lillo. (2008). Tumores de parótida en niños. *Cir Pediatr*, 21 (1), pp. 27-31.